

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 De maatschappij

Maatschappij Voor Zorgverzekering Gouda N.V.

1.2 Verzekerde

Ieder van de als zodanig in het polisblad vermelde personen.

1.3 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

1.4 Medische noodzaak

De noodzakelijkheid van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.5 Ziekenhuis/sanatorium

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek of behandeling van zieken, die als ziekenhuis/sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend, alsmede het Nederlands Astmacentrum te Davos.

1.6 Opneming

Opneming van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

1.7 Verpleegkosten

De kosten van verpleging die door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstanties goedgekeurde tarieven in rekening worden gebracht.

1.8 Specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.9 Specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek, volgens algemene medische normen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.10 Kosten van de klinisch specialistische behandeling

- Het honorarium van een specialist wegens door hem verrichte behandeling tijdens de opneming in een ziekenhuis.
- Bijkomende kosten zoals omschreven in art. 1.11.

1.11 Bijkomende kosten

De medische kosten die - naast de verpleegkosten en de kosten van specialistische behandeling - rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de opneming in een ziekenhuis.

Artikel 2 Omvang van de dekking

Deze verzekering verleent dekking voor verpleegklasse 2B. De maatschappij verleent vergoeding van de hieronder genoemde kosten indien en voor zover vanwege het ziekenfonds krachtens de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een maatschappijpolis en/of een Standaard(pakket) polis verstrekking van verpleging en behandeling in de laagste klasse van een ziekenhuis plaatsvindt. Bij opneming in de verzekerde klasse (klasse 2B) van een ziekenhuis onbeperkte vergoeding van de meerdere:

- verpleegkosten;
- bijkomende kosten;
- kosten van klinische specialistische behandeling, met dien verstande dat:
 - er een medische noodzaak voor klinisch specialistische behandeling aanwezig moet zijn;
 - de vergoeding van verpleging en behandeling wegens psychische aandoeningen zich uitstrekt over ten hoogste 365 dagen per ziektegeval.

Onder ziektegeval wordt verstaan: elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekteoorzaak of ziekteorzaken.

Artikel 3 Bijzondere aanspraken en Rechten

3.1 Buitenland

Indien verzekerde tijdelijk buiten Nederland in Europa, zijnde bij opneming in verband met acute ziekte of ongeval, verstrekking vanwege het ziekenfonds en/of een particuliere ziektekostenverzekering ontvangt, zal krachtens de bij deze polis gesloten verzekering eveneens aanspraak op vergoeding van kosten kunnen worden gemaakt, zoals vermeld in de Omvang van de Dekking.

Voor die verzekerde, waarvoor deze verzekering een aanvullende dekking op de bij de maatschappij ondergebrachte Standaard(pakket) polis is, geldt dat de dekking niet beperkt is tot Europa.

De vergoeding zal in Nederland worden uitgekeerd in Nederlands courant met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

3.2 Besmettelijke ziekten

Bij verblijf in een inrichting bestemd voor de verpleging van lijdens aan infectieziekten genoemd in de Wet Bestrijding Infectieziekten Opsporing Ziekteoorzaken kan aanspraak op vergoeding van de bij deze polis verzekerde kosten worden gemaakt.

3.3 Plastische en reconstructieve chirurgische behandeling

De meerdere kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed in de volgende gevallen:

- bij verminking ten gevolge van een ongeval en/of ziekte;
- wegens direct bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijkingen.

3.4 Opneming in een lagere klasse

Bij opneming in een lagere klasse dan de verzekerde verpleegklasse kan de verzekerde aanspraak maken op een vergoeding van EUR 25,- per dag die de verzekerde in de lagere verpleegklasse doorbrengt. Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend mits een daartoe strekkend verzoek binnen één jaar na opname bij de maatschappij wordt ingediend.

Artikel 4 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

4.1

Voor ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden vóór het aanvragen van de verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond. Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeringnemer de maatschappij van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de maatschappij daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld. Bij totstandkoming van een uitbreiding van de dekking (behoudens een uitbreiding bij een algemene aanpassing, zoals omschreven in art. 8) resp. verhoging van de verzekerde verpleegklasse, is het vorenstaande van overeenkomstige toepassing met betrekking tot deze uitbreiding resp. verhoging.

4.2

Voor kosten veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij.

De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in s-Gravenhage is gedeponereerd.

4.3

In aanvulling op artikel 4.2 wijzen wij u op de terrorismeclausule in uw ziektekostenverzekering. Deze clausule is integraal van toepassing op deze verzekering.

4.4

Indien en voorzover door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een andere overeenkomst aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt.

4.5

Voor de verschuldigde eigen bijdrage krachtens de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

4.6

Voor de kosten ontstaan door, dan wel verband houdende met atoomkernreacties en de daarbij ontstane splitsingsprodukten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op verzekerde toegepaste medische behandeling.

4.7

Voor de kosten van plastische en reconstructieve chirurgie behoudens in de gevallen genoemd onder Bijzondere aanspraken en rechten (art 3.3).

Algemene polisvoorwaarden

Artikel 5 Algemeen

5.1 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier met de daarin door verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven, mededelingen alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door verzekeringnemer of verzekerde verstrekt gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken. De maatschappij is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen, indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn, dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de maatschappij daarvan kennis had gedragen.

5.2 Strekking van de verzekering

Voor elke in de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voorzover verzekerd en omschreven in de Omvang van de Dekking. Op vergoeding van de bij deze polis verzekerde kosten kan aanspraak gemaakt worden tot ten hoogste het bedrag, hetwelk door de verzekerde, indien hij niet verzekerd was, volgens de ter plaatse gebruikelijke maatstaf verschuldigd zou zijn. De bewijslast dat het bedrag van de ingediende nota hoger is dan hetgeen verschuldigd zou zijn geweest, rust bij de maatschappij. Met inachtneming van hetgeen elders in de polis is bepaald worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

5.3 Vrije keuze klasse van ziekenhuis, opnemings hogere klasse

De verzekeringnemer is vrij in de keuze van de klasse waarin de verpleging zal geschieden, met dien verstande, dat bij verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis dan waarvoor de verzekering van de desbetreffende verzekerde van kracht is, de meerdere verpleegkosten vergoed zullen worden, zoals die bij verpleging in de verzekerde klasse verschuldigd zouden zijn geweest.

Is de verzekering aangegaan voor de tweede klasse B en vindt verpleging plaats in een ziekenhuis dat slechts één tweede klasse kent, dan zal geacht

worden dat de verzekering voor deze klasse van kracht is.

5.4 Begin en einde van het recht op vergoeding

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voorzover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is.

Artikel 6 Schade

Verplichtingen bij opnemings in een ziekenhuis. De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen:

6.1

dat van een opnemings in een ziekenhuis zo spoedig mogelijk kennis wordt gegeven aan de maatschappij,

6.2

dat alle nota's betreffende het verstreken kalenderjaar vóór 1 juni van het daaropvolgende jaar zijn ingediend,

6.3

dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn,

6.4

dat desgevraagd aan de maatschappij, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen. Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

Artikel 7 Schorsing en premierestitutie

7.1 Schorsing

Niet-betaling van de premie en de kosten binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd zijn, heeft, zonder dat enige ingebrekestelling is vereist en onverminderd de verplichting tot verdere premiebetaling, schorsing van de verzekering ten gevolge, welke schorsing als dan wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie en kosten verschuldigd waren. De verzekering wordt weer van kracht op de dag, volgende op die, waarop de verschuldigde premie en kosten zijn voldaan en door de maatschappij aangenomen.

Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

7.2 Premierestitutie

Indien de verzekering wordt beëindigd wegens verplichte verzekering of vestiging in het buitenland heeft de verzekeringnemer recht op restitutie vanaf de dag waarop de gewijzigde situatie van toepassing is, danwel vanaf de dag van kennisgeving indien de maatschappij hiervan later wordt geïnformeerd; bij opzegging overeenkomstig artikel 8 vanaf de wijzigingsdatum.

Artikel 8 Herzieningen

Algemene herziening van premie, eigen risico en/of Voorwaarden

8.1

De algemene herziening van de premie en/of voorwaarden zal en bloc dan wel groepsgewijs geschieden op een door de maatschappij vast te stellen datum. Deze algemene herziening zal voor de verzekeringnemer van deze datum af van kracht zijn.

8.2

De verzekeringnemer heeft het recht niet akkoord te gaan met die herziening.

8.3

Indien de verzekeringnemer overeenkomstig het bepaalde onder artikel 8.2 niet akkoord gaat kan de verzekering per herzieningsdatum beëindigd worden, mits verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de herzieningsmededeling van de maatschappij schriftelijk aan de maatschappij heeft meegedeeld.

8.4

Heeft de maatschappij geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Artikel 9 Duur en beëindiging

9.1

De verzekering is aangegaan voor een periode als in deze polis omschreven en wordt telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste drie maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd.

9.2

Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de maatschappij niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in art. 5.1 en in geval van schorsing als bedoeld in art. 7.1.

9.3

De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze:

9.3.1

ophoudt Nederlands ingezetene te zijn,

9.3.2

niet langer verzekerd kan blijven bij een ziekenfonds en/of particuliere ziektekostenverzekeraar. Ingeval van het onder 9.3.2 vermelde heeft verzekerde het recht, binnen een maand na de datum waarop de verzekering bij een ziekenfonds beëindigd is, zijn aanvullende verzekering te doen vervangen door een Standaard(pakket) polis. Er zal geen selectie plaatsvinden ten aanzien van ziekten of afwijkingen of klachten, die zijn ontstaan of zich hebben geopenbaard gedurende de looptijd van de Aanvullende verzekering.

Artikel 10 Verhuizing en adres

Zodra een verzekerde van woonplaats verandert, dient verzekeringnemer hiervan binnen 30 dagen aan de maatschappij kennis te geven.

Is in de nieuwe woonplaats volgens het tarief van de maatschappij een hogere dan wel een lagere premie verschuldigd, dan zal de premie dienovereenkomstig per de eerstvolgende premieervaldag na de verhuizing worden gewijzigd.

Kennisgevingen door de maatschappij aan verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan diens laatste haar bekende adres.

Artikel 11 Toepasselijk recht en klachtenregeling

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing. Klachten of geschillen verband houdend met de verzekering kunnen, onverminderd het beroep op de burgerlijke rechter, worden voorgelegd aan:

Klachtencommissie De Goudse
Postbus 9
2800 MA Gouda

en/of

Stichting Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag.

Artikel 12 Privacyreglement

De door u verstrekte en nog te verstrekken persoonsgegevens worden door De Goudse verwerkt ten behoeve van het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing. Een consumentenbrochure van deze gedragscode kunt u opvragen bij De Goudse.

De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).